

紹介状（診療情報提供書）

令和 年 月 日

田川市立病院

_____ 科

担当医 _____ 殿

〒825-8567
福岡県田川市大字糶1700番地の2
TEL:0947-46-5213
FAX:0947-46-5030

ご紹介医療機関名
所在地
医師名
TEL
FAX

患者氏名	_____ 様	性別	男 ・ 女
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令	年	月 日 (歳)
住所	_____	電話番号	_____
傷病名	_____		
紹介目的	_____		
既往及び 家族歴	_____		
症状経過 治療経過 検査結果	_____		
現在の処方	_____		
備考	_____		